

Vcdngcw fgu ugtxkegu

Clinique médicale

Médecine familiale

_____ %

Services médicaux

- Audiologie
- Chiropratie
- Diététique
- Correction de la vue au laser
- Clinique de fertilité
- Thérapie au laser
- Laboratoire
- Naturopathie
- Services d'infirmière
- Ergothérapie
- Optométrie

_____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %

- Ostéopathie
- Services de soutien à la personne
- Pharmacie
- Physiothérapie
- Orthèses-prothèses
- Psychothérapie
- Radiologie
- Réadaptation
- Échographie
- Orthophonie
- Autre _____

_____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %

Médecine douce

- Acupuncture
- Digitopuncture
- Technique Alexander
- Aromathérapie
- Ayurveda
- Essences de Bach
- Enveloppements corporels
- Botox
- Collagène
- Thérapie par les couleurs
- Irrigation du côlon
- Thérapie crânio-sacrale
- Thérapie par les cristaux
- Counseling/psychothérapie
- Cónage d'oreille
- Électrolyse
- Guérisseur/Reiki
- Herboristerie
- Homéopathie
- Iridologie

_____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %

- Kinésiologie
- Épilation au laser
- Toucher thérapeutique
- Massothérapeute (autorisé)
- Microdermabrasion/Peeling
- Musicothérapie
- Naturopathe
- Nutritionniste
- Ostéopathie
- Dépigmentation
- Radionique
- Réflexologie
- Injections de Restylane
- Rolfing
- Shiatsu
- Excision d'excroissances cutanées/grains de beauté
- Traitement de varicosités
- Autre _____

_____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %
 _____ %

Offrez-vous d'autres services que ceux-ci-dessus?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez les énumérer : _____

Veuillez indiquer le pourcentage des services gynécologiques donnés à la clinique par rapport à l'ensemble des autres services médicaux :

- (a) gynécologie sans chirurgie _____ %
- (b) gynécologie avec chirurgie, à l'exclusion des avortements _____ %
- (c) gynécologie avec chirurgie, y compris les avortements _____ %

Le proposant emploie-t-il des aiguilles à utilisation unique?

OUI NON

Dans la négative, veuillez fournir des détails des procédures de stérilisation : _____